

PROYECTO DE LEY

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, etc.

LEY 26.657 - DERECHO A LA PROTECCION DE LA SALUD MENTAL

ARTICULO 1°.- Modifíquese el Artículo 8 de la ley 26.657 el que quedara redactado de la siguiente manera:

“Artículo 8°.- Debe promoverse que la atención en salud mental esté a cargo de un equipo interdisciplinario integrado por profesionales, técnicos y otros trabajadores capacitados con la debida acreditación de la autoridad competente. Se incluyen las áreas de psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional y otras disciplinas o campos pertinentes.

Los integrantes de los equipos interdisciplinarios asumen las responsabilidades que derivan de sus propias incumbencias profesionales individuales en el marco del trabajo conjunto.

A instancias de la Autoridad de Aplicación, cada jurisdicción definirá las características de conformación de sus equipos interdisciplinarios, de acuerdo a las particularidades propias de la población y bajo la coordinación del médico experto.

ARTICULO 2°.- Modifíquese el Artículo 11 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente manera:

“Artículo 11.- La Autoridad de Aplicación debe promover que las autoridades de salud de cada jurisdicción, en coordinación con las áreas de educación, desarrollo social, trabajo y otras que correspondan, implementen acciones de inclusión social, laboral y de atención en salud mental comunitaria. Se debe promover el desarrollo de dispositivos tales como: consultas ambulatorias; servicios de inclusión social y laboral para personas después del alta institucional; atención domiciliaria supervisada y apoyo a las personas y grupos familiares y comunitarios; servicios para la promoción y prevención en salud mental, así como otras prestaciones tales como casas de convivencia, hospitales de día, cooperativas de trabajo, centros de capacitación socio-laboral, emprendimientos sociales, comunidades e instituciones terapéuticas, hogares y familias sustitutas.”

ARTICULO 3°.- Modifíquese el Artículo 12 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente manera:

“Artículo 12º.- La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios y debidamente documentado en las historias clínicas pertinentes.”

ARTICULO 4º.- Modifíquese el Artículo 14 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente manera:

“ARTÍCULO 14º.- La internación es considerada como un recurso terapéutico de carácter limitado y excepcional, y sólo podrá llevarse a cabo cuando aporte mayores beneficios terapéuticos que el resto de las intervenciones realizables en su entorno familiar, comunitario o social.

Debe promoverse el mantenimiento de vínculos, contactos y comunicación de las personas internadas con sus familiares, allegados y con el entorno laboral y social, salvo en aquellas excepciones que por razones terapéuticas debidamente fundadas establezca el equipo de salud interviniente.”

ARTICULO 5º.- Modifíquese el Artículo 16 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente manera:

ARTÍCULO 16. — Toda disposición de internación, dentro de las CUARENTA Y OCHO (48) horas, debe cumplir con los siguientes requisitos:

a) Evaluación, diagnóstico interdisciplinario e integral y motivos que justifican la internación, con la firma de al menos dos profesionales del servicio asistencial donde se realice la internación, que no tengan relación de parentesco, amistad o vínculos económicos con la persona, uno de los cuales debe ser necesariamente psicólogo o médico psiquiatra; bastando una firma para comenzar con la internación debiendo en la mayor brevedad material posible anexar la restante firma.

b) Búsqueda de datos disponibles acerca de la identidad y el entorno familiar;

c) Consentimiento informado de la persona o del representante legal cuando corresponda. Sólo se considera válido el consentimiento cuando se presta en estado de lucidez y con comprensión de la situación, y se considerará invalidado si durante el transcurso de la internación dicho estado se pierde, ya sea por el estado



de salud de la persona o por efecto de los medicamentos o terapéuticas aplicadas. En tal caso deberá procederse como si se tratase de una internación involuntaria.

ARTICULO 6°.- Modifíquese el Artículo 20 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 20. — La internación involuntaria de una persona es considerada como recurso terapéutico de carácter excepcional según los términos del art. 14 y procede en los siguientes casos:

- a) Cuando se encuentre en situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros.
- b) Esté afectada su capacidad de juicio, y la no internación pueda ocasionar un deterioro considerable en su condición o integridad.

Al efecto deberá acompañar:

1. Dictamen profesional del servicio asistencial que realice la internación que determine los supuestos de los incisos a o b, en los parámetros del artículo 16, inciso a;
2. Ausencia de otra alternativa eficaz para su tratamiento;
3. Informe acerca de las instancias previas implementadas si las hubiera.
4. Información fehaciente e inmediata a la autoridad judicial competente.

En caso de que algún funcionario público, en ejercicio de sus funciones, o personal de algunas de las fuerzas de seguridad tome contacto con alguna persona, que notoriamente se vea afectada por un cuadro vinculado a su salud mental, intervendrán procurando evitar daños e informando, a fin de garantizar los derechos establecido en la presente ley, dando parte de forma fehaciente e inmediata al ámbito de salud y a la justicia pertinente.

ARTICULO 7°.- Modifíquese el Artículo 21 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente forma:

“Artículo 21°.- La internación involuntaria debidamente fundada debe notificarse obligatoriamente en un plazo de VEINTICUATRO (24) horas al juez competente debiendo agregarse a las CUARENTA Y OCHO (48) horas como máximo todas las constancias previstas en el artículo 20. El juez hasta en un plazo máximo de CINCO (5) días corridos de notificado debe:

- a) Autorizar, si evalúa que están dadas las causales previstas por esta ley;

b) Requerir informes ampliatorios de los profesionales tratantes o indicar peritajes externos, siempre que no perjudiquen la evolución del tratamiento, tendientes a evaluar si existen los supuestos necesarios que justifiquen la medida extrema de la internación involuntaria y/o;

c) Denegar, en caso de evaluar que no existen los supuestos necesarios para la medida de internación involuntaria, en cuyo caso debe asegurar la externación de forma inmediata.

En el caso de internaciones involuntarias, el juez competente, dará parte al órgano de revisión al momento de aprobar la internación, a fin de cumplir con lo establecido en el artículo 40 de la presente Ley. El juez competente sólo puede ordenar por sí mismo una internación involuntaria cuando, cumplidos los requisitos establecidos en el artículo 20, el servicio de salud responsable de la cobertura se negase a realizarla.

ARTICULO 8°.- Modifíquese el Artículo 23 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente forma:

“ARTÍCULO 23. — El alta, externación o permisos de salida de las internaciones voluntarias son facultad del equipo de salud que no requiere autorización del juez. El equipo de salud está obligado a externar a la persona o transformar la internación en voluntaria, cumpliendo los requisitos establecidos en el artículo 16 apenas cesen las causales del artículo 20.

Cuando se trate de una internación involuntaria, el equipo de salud debe remitir el informe interdisciplinario al juez competente a fin de que ratifique la externación.”

ARTICULO 9°.- Modifíquese el Artículo 24 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente forma:

“Artículo 24. — Habiendo autorizado la internación involuntaria, el juez competente debe solicitar informes con una periodicidad no mayor a CUARENTA Y CINCO (45) días corridos a fin de reevaluar si persisten las razones para la continuidad de dicha medida, y podrá en cualquier momento disponer su inmediata externación.

Si transcurridos los primeros NOVENTA (90) días corridos y luego del tercer informe continuase la internación involuntaria, el juez podrá solicitarle al órgano de revisión que designe un equipo interdisciplinario que no haya intervenido hasta el momento, y en lo posible independiente del servicio asistencial interviniente, a fin de obtener una nueva evaluación. En caso de diferencia de criterio, optará siempre por la que menos restrinja la libertad de la persona internada.”

ARTICULO 10°.- Modifíquese el Artículo 26 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente manera:

“Artículo 26°.- En caso de internación de personas declaradas incapaces y de niños, niñas y adolescentes se debe proceder de acuerdo a lo establecido por el artículo 4° de la presente ley y en los artículos 21, 22, 23 y 24 de la Ley Nacional N° 26.657. Además, se procederá de acuerdo a la normativa nacional e internacional de protección integral de derechos.”

ARTICULO 11°.- Modifíquese el Artículo 28 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente forma:

“Artículo 28°.- Las internaciones de salud mental deben realizarse en hospitales generales o en dispositivos alternativos o polimodales, sean públicos o privados, conforme lo determine el equipo interdisciplinario en virtud de la gravedad del caso. A tal efecto los hospitales de la red pública deben contar con los recursos y aplicar protocolos de actuación y derivación asistida correspondientes a fin de garantizar la atención de los pacientes. El rechazo de la atención de pacientes, ya sea ambulatoria o en internación, por el solo hecho de tratarse de problemática de salud mental, será considerado acto discriminatorio en los términos de la ley 23.592.”

ARTICULO 12°.- Modifíquese el Artículo 30 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente forma:

“Artículo 30.- Las derivaciones para tratamientos ambulatorios o de internación que se realicen fuera del ámbito comunitario donde vive la persona sólo corresponden si se realizan a lugares donde la misma cuenta con mayor apoyo y contención social o familiar. De ser posible, los traslados deben efectuarse con acompañante del entorno familiar o afectivo de la persona. Si se trata de derivaciones con internación, debe procederse del modo establecido en el Capítulo VII de la presente ley. Tanto el servicio o institución de procedencia como el servicio o institución de destino, están obligados a informar dicha derivación al Órgano de Revisión, cuando no hubiese consentimiento de la persona.”

ARTICULO 13°.- Modifíquese el Artículo 32 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente forma:

“Artículo 32. — A los efectos del cumplimiento de la presente ley, el Poder Ejecutivo Nacional preverá en el Presupuesto general de la administración nacional para cada ejercicio, a partir del año siguiente a la sanción de esta ley, una partida que nunca podrá ser inferior al 10% del total previsto para el Área de Salud. Autorízase por única vez y con carácter excepcional al Jefe de Gabinete de Ministros a asignar las



partidas presupuestarias necesarias para cubrir el 10% del total previsto para el Área de Salud, para el año en curso. Se promoverá que las provincias y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires adopten el mismo criterio.

ARTICULO 14°.- Modifíquese el Artículo 39 de la ley 26.657 que quedara redactado de la siguiente forma:

“Artículo 39.- El Órgano de Revisión estará integrado por representantes, ad honorem, del Ministerio de Capital Humano, de la Secretaría de Derechos Humanos de la Nación, del Ministerio Público de la Defensa y de la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia. Asimismo, debe estar conformado por equipos multidisciplinarios, y cada equipo estará integrado por un médico psiquiatra, un psicólogo, un técnico especialista en adicciones, un técnico especialista en cuestiones de niñez y adolescencia y un abogado especialista en la materia.”

ARTICULO 15°.- Deróguese el artículo 24 de la ley 26.657.

ARTICULO 16°.- Comuníquese al Poder Ejecutivo.

María Ángel Sotolano
Diputada Nacional

FUNDAMENTOS

Sr. Presidente.

La Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, aprobada en 2010 y reglamentada en 2013 mediante el decreto N° 603, establece el derecho a la protección de la salud mental de las personas.

La promulgación de esta ley representó un cambio de paradigma respecto a la Ley N° 22.914, en vigor desde 1983 y derogada por el decreto N° 603/13. Este nuevo enfoque transformó el abordaje de la salud mental, pasando de una perspectiva centrada en el control de síntomas y conducta a una orientación enfocada en el desarrollo de un proyecto de vida. Así, se privilegia la calidad de vida sobre la completa remisión de los síntomas, buscando mejorar la relación del individuo con su entorno y sus condiciones sociales.

Este cambio ha sido un avance significativo en los derechos de los pacientes, uno de los aspectos más destacados de la Ley N° 26.657. Además, la ley promueve la adecuación de hospitales generales para la atención de pacientes con padecimientos mentales y el cierre de instituciones monovalentes. Su objetivo es desarrollar una amplia gama de servicios para prevenir la hospitalización, enfocándose en la atención y cuidados ambulatorios, adecuados e intensivos, según las necesidades de cada persona.



Se pretendía transitar de un sistema asilar, donde el paciente permanecía la mayor parte de su recuperación en una institución, a un sistema integrado, donde el paciente pudiera moverse entre dispositivos sin discontinuar su recuperación.

Sin embargo, uno de los puntos controversiales de la ley, no el único, ha sido la dificultad en su implementación. Aunque la ley propone un nuevo enfoque en su marco teórico y conceptual, en la práctica no se ha logrado concretar plenamente en sus 14 años de vigencia.

Para cumplir con los objetivos de la ley, se requerían inversiones significativas, colaboración con las jurisdicciones para la implementación y fortalecimiento de los servicios, capacitación de recursos humanos en todo el país, y financiamiento sostenido para que los hospitales generales pudieran establecer unidades de cuidados de urgencia en salud mental y guardias interdisciplinarias de 24 horas, entre otros aspectos.

Desde su sanción, la ley ha generado controversias. El primer problema fue la demora en la reglamentación, que tardó casi tres años, un retraso inaceptable para una ley de esta importancia. Posteriormente, el problema se trasladó al presupuesto. La ley establece que el 10% del presupuesto del Ministerio de Salud debe destinarse a salud mental, pero hasta la fecha, este artículo no se cumple, lo que complica la plena implementación de la ley.

Muchos aspectos relacionados con la adaptación de hospitales, prestación de servicios y capacitación de recursos humanos dependen de la financiación. Por ejemplo, el plan de adecuación de hospitales neuropsiquiátricos debía completarse para 2020 según el Consenso de Panamá, adoptado por nuestro país mediante el decreto nacional N° 603/13. Aunque existen casos testigo de adecuación, la infraestructura de los hospitales no ha logrado ajustarse al plazo estipulado y la conversión requerirá más tiempo e inversión de lo previsto.

Otro aspecto controvertido ha sido la gestión de las internaciones, en parte debido a la falta de camas e infraestructura en hospitales generales, la reducción de instituciones especializadas y los requisitos establecidos por la ley para la internación. Estos problemas van más allá del presupuesto disponible.

Además, algunos profesionales de la salud han criticado ciertos artículos de la ley, alegando que sugieren acciones malintencionadas por parte de los médicos y generan miedo a consecuencias legales en casos de internación involuntaria debido a una normativa poco clara.

La falta de capacitación sobre la ley y la escasa articulación entre los distintos dispositivos de la red asistencial también obstaculizan el acceso. El primer nivel asistencial y los centros de atención primaria deben estar preparados para ofrecer una respuesta inicial adecuada y realizar derivaciones oportunas, algo que no siempre ocurre.



Los casos de personas públicas y las tragedias asociadas han reavivado el debate sobre la implementación de la ley. Las denuncias de familiares que no encuentran respuestas adecuadas para la atención de sus seres queridos también han contribuido a la controversia.

Estas falencias y la pandemia de COVID-19, que ha puesto en evidencia la importancia de la salud mental, han generado una demanda social de revisión de la ley. Es necesario discutir y ajustar aquellos aspectos que dificultan su implementación efectiva, manteniendo los avances logrados y el espíritu de la ley de 2010.

Este proyecto de ley tiene como objetivo proponer cambios mínimos para mejorar el funcionamiento y la aplicabilidad de la ley sin alterar su esencia. Se busca considerar las comunidades terapéuticas como dispositivos alternativos, redefinir los parámetros para las internaciones y reformar la composición del Órgano de Revisión, para hacer frente a las demandas actuales.

En conclusión, solicito a mis colegas que acompañen este proyecto de ley, que busca garantizar una respuesta efectiva a las necesidades de los pacientes y sus familias, respetando los principios fundamentales de la Ley N° 26.657.

María Ángel Sotolano
Diputada Nacional